

# 特定健診 問診票

【2024年度版】

|       |    |  |    |  |     |   |   |   |
|-------|----|--|----|--|-----|---|---|---|
| 健康保険証 | 記号 |  | 番号 |  | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名    |    |  |    |  |     |   |   |   |

| 質問内容 |                                                                                                                     | 回答欄 (チェックをつけて下さい)                                                                                                                           |                                                            |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1    | 血圧を下げる薬を服用している。                                                                                                     | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 2    | インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 3    | コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している。                                                                                           | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 4    | 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。                                                                        | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 5    | 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。                                                                        | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 6    | 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けている。                                                                            | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 7    | 医師から、貧血といわれたことがある。                                                                                                  | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 8    | 現在、たばこを習慣的に吸っている。<br>（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者。<br>条件1：最近1ヶ月間吸っている<br>条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている） | <input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を満たす）                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） |
|      |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> いいえ（上記以外）                                                                                                          |                                                            |
| 9    | 20歳の時の体重から10キロ以上増加している。                                                                                             | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 10   | 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 11   | 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 12   | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。                                                                                              | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 13   | 食事をかんで食べる時の状態。                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる<br><input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある<br><input type="checkbox"/> ほとんどかめない |                                                            |
| 14   | 人と比較して食べる速度が速い。                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 速い                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い   |
| 15   | 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。                                                                                         | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                               |
| 16   | 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取しているか。                                                                                          | <input type="checkbox"/> 毎日                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 時々                                |
|      |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない                                                                                                          |                                                            |

次ページに続く

| 質問内容 |                                                                                                                                         | 回答欄 (チェックをつけて下さい)                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17   | 朝食を抜くことが週に3回以上ある。                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                 |
| 18   | お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度について<br>（※「やめた」とは過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）                                                     | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日<br><input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日<br><input type="checkbox"/> 月1～3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満<br><input type="checkbox"/> やめた（※参照）<br><input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない） |
| 19   | 飲酒日の1日あたりの飲酒量<br>清酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安：ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・110ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、ワイン(同14度・180ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml) | <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満<br><input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満<br><input type="checkbox"/> 5合以上                                                                                                        |
| 20   | 睡眠で休養は十分にとれている。                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                 |
| 21   | 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない<br><input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内）<br><input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている<br><input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満）<br><input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）                       |
| 22   | 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがある。                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                 |
| 23   | 既往歴                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり：高血圧・糖尿病・脂質異常症・その他（                                                                                                                                                                                            |
| 24   | 自覚症状                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり：動悸・頭痛・めまい・腹痛・その他（                                                                                                                                                                                             |

以上で終了です。記入もれ、チェックもれがないかご確認ください。